

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

818

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis JACQUIN

Né le 22 Février 1912, à DOUARNENEZ (Finistère)

Quelques observations
de tuberculose ganglionnaire mésentérique
à manifestations abdominales aiguës

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis JACQUIN

Né le 22 Février 1912, à DOUARNENEZ (Finistère)

Quelques observations de tuberculose ganglionnaire mésentérique à manifestations abdominales aiguës

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TUFTNEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
	LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY SOLAL ...
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maur. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et... ..	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
FEY	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FUNCK	Urologie.
BRENTANO	
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
CHEVALLIER	Bactériologie.
	DE GAUDART.
	D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
	DE GENNES... Pathologie médicale.
	GAYET
	Physiologie.
	GIROUD
	Histologie.
	HAGUENAU ... Pathologie médicale.
	HALPHEN
	Oto-rhino-laryngologie.
	HAZARD
	Pharmacologie.
	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
	Hygiène.
	JOANNON
	Obstétrique.
	LACOMME
	Obstétrique.
	LANTUEJOUL..
	LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
	LELONG
	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ...	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT.	

DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.).	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY.	
BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU.	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR.		
VALLERY-RADOT		
SEZARY		

MM.

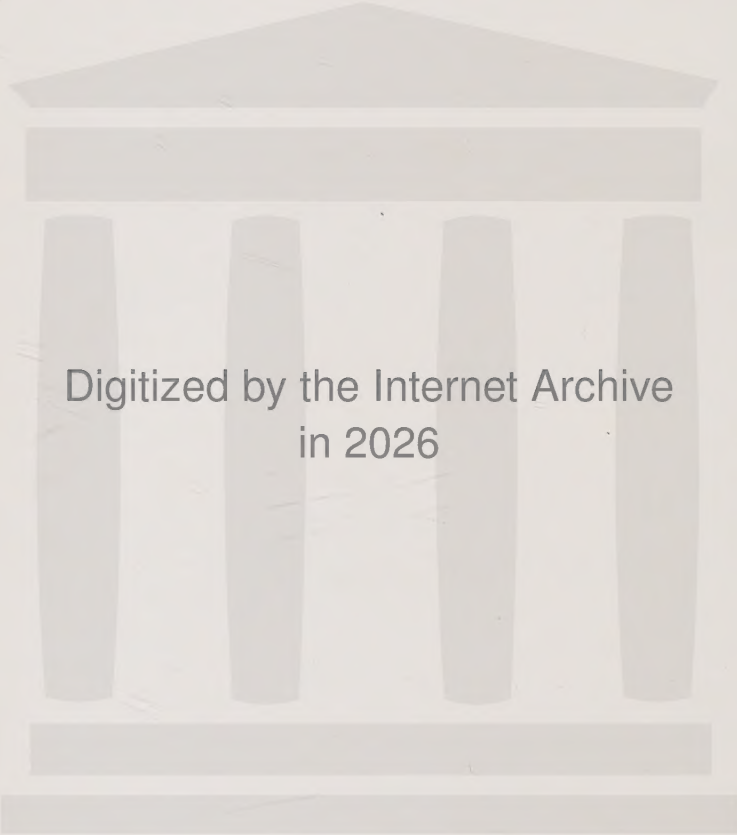
BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER	} Clinique obstétricale	
ECALLE		
LE LORIER		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé..	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME

AUX MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MATHIEU

*Professeur de Clinique de Chirurgie Orthopédique
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette
thèse. Hommage respectueux.

A MON JURY DE THESE

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARDOUIN

Professeur de Clinique Chirurgicale
Associé National de l'Académie de Chirurgie

Dont nous avons été l'interne, qui
nous inspira cette thèse et nous en
rendit l'accomplissement facile.

Qu'il reçoive l'expression de notre
respectueuse affection et reconnais-
sance.

A TOUS MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE RENNES

A TOUS MES AMIS

Quelques observations de tuberculose ganglionnaire mésentérique à manifestations abdominales aiguës

INTRODUCTION

La tuberculose ganglionnaire mésentérique est une affection d'une rareté extrême et dans l'immense majorité des cas une affection essentiellement chronique.

Cependant, à titre tout à fait exceptionnel, la maladie, au cours de son évolution, peut déterminer des syndromes aigus imprévus et qui sont parfois la première manifestation de la maladie.

Ils peuvent être provoqués par la fonte caséuse du ganglion et sa propagation à un organe voisin tel que l'intestin. Mais d'autres fois, les symptômes douloureux surviennent sans lésions ulcéreuses appréciables et l'on ne trouve à l'intervention qu'une simple adénopathie plus ou moins volumineuse d'un méso.

Ils simulent parfois des accidents inflammatoires aigus de l'abdomen dont le diagnostic clinique peut présenter de très grandes difficultés du fait précisément que l'on ne songe pas à incriminer leur véritable origine.

Quelques cas de ces fausses lésions péritonéales ont été signalés ces temps derniers, et il est probable que leur nombre ne tardera pas à s'accroître du fait d'une meilleure connaissance de ces accidents.

Nous avons eu l'occasion d'observer personnellement dans le service du Professeur HARDOUIN, deux malades atteints de tuberculose ganglionnaire mésentérique à forme chirurgicale et chez lesquels le diagnostic véritable ne put être fait que par l'intervention.

Il nous a paru intéressant de les rapporter ici et de présenter à cette occasion l'état actuel de la tuberculose ganglionnaire mésentérique à manifestations aiguës.

Mais auparavant il nous a paru utile de résumer dans une étude très rapide la tuberculose ganglionnaire mésentérique ou Carreau des classiques, maladie rare et *essentiellement chronique* pour opposer ensuite les *manifestations aiguës* de cette maladie.

ASPECT HABITUEL DE LA TUBERCULOSE MESENTERIQUE OU CARREAU

La tuberculose des ganglions mésentériques est une rareté clinique, ordinairement associée à la tuberculose intestinale. Sans doute à l'autopsie de sujets morts de tuberculose méningée ou pulmonaire rencontre-t-on des tubercules dans les ganglions mésentériques, mais ces lésions ne sont notables et prédominantes que très rarement. Les observations de RILLIET, BARTHEZ, PICOT, D'ESPINE, COMBY, confirment la *rareté* extrême de cette affection.

Maladie rare, la tuberculose des ganglions mésentériques est toujours secondaire à une tuberculose intestinale plus ou moins apparente et comme le fait remarquer Jules COMBY « de même que les ganglions du médiastin sont le miroir des poumons, de même les ganglions du mésentère reflètent fidèlement la muqueuse intestinale ».

SYMPTOMATOLOGIE.

Maladie rare, avons-nous dit, la tuberculose des ganglions mésentériques est une affection latente à

évolution essentiellement chronique, à symptomatologie fruste. Ce n'est souvent qu'une découverte d'autopsie.

En clinique, il s'agit le plus souvent d'un enfant pâle, amaigri, févreux, diarrhéique. Mais ces symptômes sont plus en rapport avec la tuberculose intestinale qu'avec la présence dans le mésentère de ganglions tuberculeux. Si le carreau reste isolé, l'état général reste bon.

A l'examen, le ventre est souple, modérément développé, parfois aplati et rétracté et rien ne peut faire prévoir la caséification des ganglions profonds. Dans certains cas les masses ganglionnaires deviennent énormes et sont perceptibles à travers cette paroi souple et indolente.

A la phase terminale, on note souvent un syndrome de compression de la veine cave inférieure par les ganglions engorgés.

En dehors des cas où l'on perçoit facilement la masse ganglionnaire le diagnostic reste souvent très difficile, et dans la plupart des cas le carreau n'est reconnu qu'à l'autopsie.

Le pronostic est en général défavorable, mais la guérison reste possible par calcification des ganglions.

II

MANIFESTATIONS AIGUES DE LA TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE MESENTERIQUE

Exceptionnellement, soit au cours de son évolution, soit comme première manifestation de la maladie, la tuberculose ganglionnaire mésentérique peut déterminer des syndromes tout à fait imprévus, posant des diagnostics difficiles.

Voici d'abord nos deux observations :

OBSERVATION I (inédite).

Dans cette observation, due à mon Maître le Professeur HARDOUIN, nous avons l'histoire d'Antoinette D..., âgée de 16 ans, sans profession, entrée le 8 février 1937 à l'Hôtel-Dieu de Rennes au Service d'isolement.

Cette jeune fille n'a jamais été malade jusqu'ici. Elle signale seulement avoir de la diarrhée, surtout lorsqu'elle ingère des aliments gras.

Bien réglée depuis l'âge de 12 ans.

Il y a 10 jours, le 30 janvier, elle est prise brusque-

ment de céphalée avec température à 38°. La malade reste au lit, mais les maux de tête et la fièvre continuent et elle entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes. A ce moment on constate que sa température présente de grandes oscillations allant de 36° le matin à 39° et 40° le soir.

Elle reste en observation dans le Service de médecine.

La fièvre diminue un peu mais conserve une forme irrégulière allant de 37° le matin à 38° et parfois 39° le soir et le même état se poursuit jusqu'au début d'avril.

Pendant cette période différents examens de laboratoire ont été pratiqués :

Le séro-diagnostic de Widal est négatif tant pour le bacille d'Eberth, que pour les paratyphiques.

L'épreuve du séro-diagnostic de Wright (Mélitococcie) est également négative.

L'examen du sang indique :

Polynucléaires neutrophiles	66,6
Polynucléaires éosinophiles	1,8
Grands mononucléaires	4,5
Moyens mononucléaires	14,4
Petits mononucléaires	0,8
Monocytes	10
Métamyélocytes	1,9

La radiographie et la radioscopie pulmonaire ne signalent rien d'anormal.

Cuti-réaction positive.

Dans la nuit du 6 au 7 avril, la malade est prise de

violentes douleurs abdominales avec prédominance dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs s'accompagnent de vomissements abondants et d'un peu de diarrhée.

Elle est transportée dans le Service de clinique chirurgicale du Professeur HARDOUIN.

A son entrée on constate :

Malade fatiguée, amaigrie, température 37°8, pouls un peu rapide : 100 à 110.

La palpation montre une légère résistance de la paroi à droite et réveille une douleur profonde assez vive dans la région cæco-appendiculaire.

On porte le diagnostic d'appendicite probable et l'on décide une intervention immédiate.

Opération. — Le péritoine pariétal paraît un peu épaissi et il existe une très légère sérosité dans la fosse iliaque droite. L'intestin est rouge, légèrement enflammé ainsi que l'appendice. Mais ce dernier est souple, régulier, non dilaté et ne saurait être mis en cause dans la genèse des accidents observés.

En attirant le cæcum en dehors, on constate dans le mésentère au contact de l'intestin, la présence de volumineux ganglions mésentériques blanchâtres et durs, de nature évidemment tuberculeuse.

Le tout est rentré dans l'abdomen et la paroi est refermée sans drainage.

Les jours suivants, il se fait un abcès de la paroi qui nécessite l'ablation des fils cutanés.

La crise douloureuse et les vomissements ont cessé de suite après l'opération. La malade a été soumise

consécutivement à un traitement avec insolation de l'abdomen et le repos complet au grand air.

Son état général est allé en s'améliorant peu à peu et la température tendant à diminuer progressivement. En juin, elle ne dépassait plus 38° le soir.

Actuellement, début de septembre 1937, la malade sort de l'hôpital en excellente voie de guérison. La température est devenue normale et notre jeune fille a repris du poids. Jamais depuis son intervention elle n'a souffert de l'abdomen.

OBSERVATION II (Inédite)
(Professeur HARDOUIN)

C'est l'histoire de l'enfant G... M..., 8 ans, qui jusqu'à ce jour n'a jamais été malade. Depuis une quinzaine de jours, il est pris brusquement de crises douloureuses dans l'abdomen accompagnées de vomissements. Ces crises, de durée variable, une ou deux heures, disparaissent de même subitement.

Un médecin appelé pense à de l'occlusion intestinale et en examinant le ventre de l'enfant il constate à la hauteur de l'ombilic, un peu à droite, une tumeur dure, mobile, de la dimension d'un gros œuf de poule.

Un examen du tube digestif à la radio montre que le transit intestinal est normal.

Une intervention est alors décidée.

Opération. — 31 novembre 1932. Professeur HARDOUIN.

Laparotomie latérale droite à trois travers de doigt de l'ombilic, exactement au niveau de la tumeur.

A l'ouverture du péritoine, on constate que la tumeur est constituée par un ganglion mésentérique volumineux blanchâtre et caséeux. A côté de lui, très nombreux ganglions de dimensions variables. Une adhérence péritonéale au niveau du gros ganglion formait un pont au niveau du mésentère et sous ce pont s'engage une anse intestinale, ce qui expliquait vraisemblablement les crises douloureuses d'occlusion passagère.

Section de la bride.

Suture de la paroi.

Malgré qu'il se fut agi ici d'une intervention rapide et sans manœuvres intrapéritonéales importantes, les suites opératoires ont été très sérieuses. L'enfant a présenté des vomissements répétés, abondants, acétonémiques avec pouls déficient. La convalescence a été assez longue. Cependant l'enfant a fini par guérir complètement sans voir se reproduire de crises abdominales nouvelles.

Il a été envoyé au bord de la mer pendant six mois.

Il persistait chez lui une petite éventration au niveau de la cicatrice opératoire. Nouvelle intervention le 26 septembre 1933.

La réparation de la paroi permet de contrôler qu'à cette date les ganglions tuberculeux ont presque complètement disparu.

III

ETUDE CLINIQUE

Il apparaît bien, au point de vue clinique, d'après les observations dont nous avons pu prendre connaissance que les accidents d'ordre chirurgical produits par la tuberculose mésentérique ganglionnaire doivent être classés en deux groupes :

1° Manifestations aiguës par lésions de voisinage appréciables provoquées par l'évolution progressive du ganglion.

2° Manifestations aiguës simulant les lésions abdominales diverses et frustes, sans participation des organes suspects.

I. — Manifestations aiguës par lésions de voisinage appréciables, provoquées par l'évolution progressive du ganglion.

A. — Tout d'abord l'évolution ganglionnaire vers la suppuration peut, sans qu'il y ait participation évidente des organes de voisinage, créer à elle seule des manifestations abdominales d'ordre clinique.

En voici un exemple, publié par M. MALDONADO que je résume d'après G. MENEGAUX :

OBSERVATION III
(M. MALDONADO)

Tuberculose ganglionnaire mésentérique. (*Revista de Cirurgia de Barcelona*, an. 6, n° 1. Avril 1936, p. 356-365).

Il s'agit d'un enfant de 12 ans, qui depuis deux ans présente des douleurs abdominales diffuses, survenant par crises parfois accompagnées de vomissements.

A l'examen : zone périombilicale douloureuse. On remarque à gauche de l'ombilic une tumeur du volume d'une noix mobile, dure, très douloureuse. On opère avec le diagnostic probable d'adénopathie mésentérique tuberculeuse. Sous anesthésie à l'éther, laparotomie médiane sus-ombilicale. Dans le mésentère à 4 travers de doigt de sa racine, on trouve une tumeur du volume d'une orange. En la libérant, on ouvre une petite cavité d'où s'écoule un pus épais. Il n'est pas possible de faire une opération radicale sans compromettre la vitalité d'une anse intestinale, aussi fit-on simplement un drainage par mèche et tube. Il en résulte un trajet fistuleux qui met 4 mois à guérir.

A ce propos, l'auteur rapporte succinctement ré-

sumées quatre autres observations suivies dans le Service du Professeur CORACHARE.

B. — Cette évolution de ganglions se caséifiant peut aussi entraîner des adhérences intimes avec un organe voisin, l'intestin tout particulièrement, et provoquer ainsi par ulcération une perforation suivie de complications abdominales graves. Les observations publiées jusqu'ici sont d'ailleurs exceptionnelles.

En voici un cas publié par EBHARDT, résumé par le Professeur LENORMANT.

OBSERVATION IV (EBHARDT)

Perforation de l'intestin grêle par tuberculose d'un ganglion mésentérique. (*Zentralbl. f. Chir.* T. LXI, n° 11, 17 mars 1934, p. 618-620).

Une fillette de 5 ans, sans autres antécédents que quelques douleurs vagues et passagères depuis 4 semaines est prise de douleurs beaucoup plus violentes et de vomissements. Comme il y a de la sensibilité et de la contracture à la palpation de la fosse iliaque droite, on opère avec le diagnostic d'appendicite.

Il y a un épanchement clair dans le péritoine. L'appendice est adhérent au cæcum mais sans trace d'inflammation récente. On explore l'intestin grêle

en détachant quelques adhérences. Il y a dans le mésentère des ganglions caséifiés certainement tuberculeux.

Au moment de refermer le ventre, on aperçoit sur la partie moyenne de l'iléon, une perforation grande comme un pois entourée d'une zone rouge mais sans dépôt fibrineux.

Fermeture de cette perforation par un double plan de sutures.

Fermeture du ventre sans drainage.

Guérison.

A la suite de cette observation le Professeur LE-NORMANT fait observer justement qu'il peut s'agir aussi bien de la perforation d'une ulcération tuberculeuse intestinale que tout simplement d'une déchirure de l'intestin au cours de la libération des adhérences.

En outre de ces altérations des organes de voisinage pouvant déclencher une péritonite septique, dont nous avons dit la rareté, l'inflammation ganglionnaire peut également entraîner la formation d'adhérences sous lesquelles une anse intestinale est susceptible de s'engager en provoquant des crises d'occlusion intestinale.

Notre observation II, mentionnée ci-dessus en est un exemple typique; mais il faut considérer également ces cas comme exceptionnels.

II. — Manifestations aiguës simulant des lésions abdominales diverses et frustes, sans participation des organes suspectés.

C'est là semble-t-il la forme la plus habituelle des accidents provoqués par le ganglion tuberculeux mésentérique. C'est également la plus intéressante au point de vue clinique car elle donne lieu le plus souvent à des erreurs de diagnostic et la véritable cause des crises douloureuses n'est en général révélée que par la laparotomie exploratrice.

Les observations assez nombreuses, signalées par différents auteurs sont extrêmement intéressantes à ce sujet.

C'est surtout avec l'appendicite que l'erreur a été le plus fréquemment commise, telle notre observation I.

En voici quelques autres exemples :

OBSERVATION V

(Ch. MASSIAS)

Tuberculose ganglionnaire mésentérique subaiguë à forme chirurgicale. (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 4 octobre 1936, n° 40, p. 633).

Une femme annamite de 25 ans, sans antécédents tuberculeux connus, entre dans notre hôpital de Soc-

trang (Cochinchine) le 10 janvier 1933 pour une tumeur abdominale para-ombilicale droite débordant dans la fosse iliaque. Contracture très légère à la palpation.

Constipation, pas de fièvre. Dans les selles œufs d'ascaris.

L'interrogatoire ne permet que de retrouver quelques crises douloureuses sans arrêt des gaz dans les dernières semaines. Polynucléose sanguine à 72 %.

Pas d'adénopathies cervicales, axillaires. Pas de splénomégalie.

Nous pensons à une appendicite avec épiploïte (?)
Laparotomie sous éther le 12 janvier 1933.

Rien au cæcum, à l'appendice, au méso-appendice. Le grand épiploon est épaissi. A un mètre environ du cæcum une anse iléale est rouge, peu mobile, un peu dilatée. Dans la racine du mésentère et dans sa partie droite, entre les feuilletts à leur origine, existe une tumeur du volume d'une orange, dure, multilobulée, adhérente, inextirpable. Nous en prélevons deux fragments pour biopsie. Fermeture sans drainage. guérison per primam sans fièvre et sans incidents.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de ganglions tuberculeux à follicules typiques et bacilles très nombreux.

Le grand épiploon ne montre que des lésions inflammatoires.

Quatre mois après, la malade a de la diarrhée, une anémie à 1.450.000 hématies, 6.000 leucocytes.

Polynucléaires neutrophiles	70
Polynucléaires éosinophiles	3
Lymphocytes	26
Monocytes	6
Hémoglobine 50 p. 100	
Vernes, resorcine 74, péréthynol	12
Poids : 33 kilogs.	

La tuméfaction mésentérique est à peine sensible.

Cinq mois après la laparotomie survient une hémorragie intestinale abondante dans laquelle nous trouvons des bacilles tuberculeux. On ne perçoit plus l'adénopathie mésentérique. La malade fut perdue de vue quelques mois après.

OBSERVATION VI (PHILIPPE DE LA MARNIÈRE)

Syndromes aigus de l'abdomen en rapport avec une adénopathie des mésos et en particulier du mésentère. (*La Presse Médicale*, 1^{er} mai 1937, n° 35, p. 664-665).

Le jeune M..., âgé de 13 ans, est pris dans la nuit du 11 septembre 1936 d'une crise douloureuse péri-ombilicale ayant duré plusieurs heures. Une purge prise le lendemain ne fait qu'augmenter les crises qui s'accompagnent alors de vomissements.

Les jours suivants, crises intermittentes, mais celles-ci se répètent surtout la nuit.

Le 15, l'enfant nous est adressé par son médecin

qui pense à une appendicite. Sensibilité de l'abdomen plus marquée à droite, mais pas de signes nets d'appendicite. Aucune masse abdominale n'est perçue. Pas de diagnostic net.

Revu le lendemain, l'enfant a présenté la nuit une nouvelle crise plus violente qui nous décide à intervenir. Pas de température.

Nous hésitons entre une appendicite et une adénopathie du mésentère.

La palpation de l'abdomen, l'enfant étant endormi, permet de percevoir une masse arrondie siégeant à droite de l'ombilic. Sa présence avait été méconnue malgré plusieurs examens antérieurs.

Mac Burney. Ablation d'un appendice sain. La masse perçue est constituée par un amas de ganglions dans le mésentère auquel il n'est pas touché.

Depuis l'intervention l'enfant n'a présenté aucune crise. Applications de rayons ultra-violets.

Signalons encore des observations de HEAD, SCHNITZLER où l'erreur a également été commise avec l'appendicite et où le diagnostic a été rectifié par l'intervention.

Dans un certain nombre d'autres cas, on a pu mettre en cause la lithiase vésiculaire, l'occlusion intestinale, l'invagination intestinale.

Citons une dernière observation publiée par le Docteur PHILIPPE DE LA MARNIÈRE dans la *Presse Médicale* du 1^{er} mai 1937 où l'invagination intestinale a été tout d'abord mise en cause.

OBSERVATION VII
(DE LA MARNIÈRE)

Le jeune G... nous est adressé le 19 mai 1935 pour des crises douloureuses très violentes survenant depuis 48 heures et s'accompagnant de vomissements. Le siège de cette douleur est dans la fosse iliaque gauche, sans irradiation. La température est à 38°.

À l'examen, légère sensibilité abdominale. Pas de point de Mac Burney. La palpation ne révèle aucune masse abdominale.

L'examen des urines et la radiographie de l'appareil urinaire sont négatifs.

Un lavement baryté montre qu'il ne s'agit pas d'invagination.

En raison de la persistance des crises, une laparotomie gauche est décidée le lendemain sans diagnostic ferme, mais on pense à la possibilité d'une lésion du sigmoïde.

Sous laèvre droite de l'incision, le doigt introduit perçoit une masse dure et lobulée. Fermeture de l'incision et laparotomie médiane qui permet de reconnaître une adénopathie du mésentère dont plusieurs ganglions sont caséifiés. Depuis l'intervention l'enfant n'a pas présenté de nouvelles crises.

IV

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE DES MANIFESTATIONS AIGUES DE LA TUBERCULOSE GANGLIONNAIRE MESENTERIQUE

On sait peu de choses. Il s'agit de lésions tuberculeuses des ganglions mésentériques.

Ces ganglions peuvent rester au stade d'hypertrophie ou évoluer vers la caséification et la suppuration, et provoquer, à titre tout à fait exceptionnel, une péritonite septique. L'observation III de M. MALDONADO en est un exemple typique mais rare.

Ils peuvent former des adhérences avec les organes voisins et en particulier l'intestin et provoquer par ulcération une perforation suivie de complications abdominales graves. Citons à ce sujet notre observation IV publiée par EBHARDT et résumée par M. le Professeur LENORMANT.

Sous ces adhérences une anse intestinale peut s'engager et provoquer des accidents d'occlusion subaiguë comme nous le montre notre observation II due à notre Maître le Professeur HARDOUIN.

Dans tous ces cas, tout à fait exceptionnels, les accidents aigus s'expliquent facilement.

Mais dans les cas plus nombreux où l'intervention ne montre que des ganglions simplement hypertrophiés, sans lésions des organes de voisinage, comment expliquer que cette adénopathie puisse déterminer un syndrome douloureux aigu ?

Comme le fait remarquer DE LA MARNIÈRE au travail duquel nous avons fait de larges emprunts, « nous sommes habitués à voir évoluer dans l'organisme des adénites bacillaires ne s'accompagnant d'aucun phénomène douloureux pouvant entraîner tout au plus des signes de compression comme c'est le cas au cours de l'hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques. S'agit-il d'une compression des filets nerveux par les ganglions très augmentés de volume ou d'une irritation de voisinage de l'intestin ... »

Il nous paraît difficile de donner à toutes ces questions une réponse précise. Une seule chose est certaine : dans la majorité des cas l'intestin paraît absolument sain et après la simple laparotomie exploratrice, les crises douloureuses ne se sont pas reproduites.

V

DIAGNOSTIC

ETUDIONS D'ABORD LE DIAGNOSTIC POSITIF.

Retenons seulement ici le type des manifestations aiguës déterminées par le ganglion tuberculeux sans propagation apparente aux organes voisins.

Comme nous le montrent les observations publiées ci-dessus, le diagnostic est très difficile avant l'ouverture du péritoine pariétal.

Les éléments du syndrome abdominal aigu de la tuberculose ganglionnaire mésentérique ne sont pas décrits dans les traités classiques. Tout au plus LECÈNE dans son *Traité de Thérapeutique chirurgicale* mentionne-t-il les formes pseudo-appendiculaires de l'adénopathie mésentérique. « Chacun doit donc s'en rapporter à sa propre expérience » (DE LA MARNIÈRE).

Il nous a paru intéressant de résumer ici les principaux éléments de la maladie.

1° *La douleur* constitue le principal élément du syndrome parfois le premier en date, celui qui nous amène le malade.

Cette douleur est en général intense, survenant par

crises de durée variable avec périodes d'accalmie complète. Elle atteint d'emblée son maximum. Son siège est variable. Elle occupe en général la région périombilicale. Parfois, cependant, elle occupe la fosse iliaque droite et simule la douleur de la crise appendiculaire.

2° *Les vomissements* nous ont paru assez constants. Dans la majorité des cas que nous avons pu consulter ces vomissements existaient et commençaient au moment des crises douloureuses.

3° *La fièvre* est très irrégulière. Dans certains cas, comme notre observation I, elle atteint 39° et même 40° et présente de grandes oscillations. Dans d'autres cas la fièvre est plus modérée atteignant 38°. Parfois (observation VI) la fièvre peut manquer complètement.

4° *La contracture* existe presque constamment. Le ventre est douloureux dans son ensemble et la contracture plus ou moins accusée masque complètement l'adénopathie. Dans quelques cas cependant (observation III) la palpation a pu permettre de sentir une tumeur du volume d'une noix ou davantage, dure, mobile, très douloureuse.

DE LA MARNIÈRE a proposé l'examen sous anesthésie générale... « On peut à la palpitation reconnaître une masse nettement perceptible que permet de sentir la résolution musculaire. Et pourtant cette masse avait échappé à un examen minutieux et même souvent répété de l'abdomen. »

En résumé, parmi tous les signes de l'adénopathie mésentérique il faut surtout retenir la douleur vive intermittente et survenant par crises.

QUANT AU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Il n'est presque jamais fait qu'à l'intervention. On a parfois pu soupçonner la possibilité d'une adénopathie des mésentériques dans la genèse des accidents aigus (observations III et V). Mais le plus souvent l'intervention a été entreprise sur une erreur de diagnostic.

— Dans la grande majorité des cas l'adénopathie mésentérique aiguë simule une *crise d'appendicite*. C'est ce qui s'est produit pour les cas I, IV, V et VI rapportés ci-dessus. Le diagnostic différentiel entre l'adénopathie aiguë et l'appendicite sera toujours très difficile. La douleur intermittente au lieu d'être continue comme dans l'appendicite ; le contraste entre l'intensité de la douleur et l'absence presque complète des signes locaux pourront éveiller l'idée d'adénopathie (observation VI). Mais le diagnostic ne pourra être fait que par la perception nette de la masse ganglionnaire, et l'on pourra s'aider de l'anesthésie générale pour la recherche des ganglions.

— *L'occlusion intestinale subaiguë* a également prêté à confusion (observation II) et il n'est pas étonnant d'y penser en présence de ces crises douloureuses intermittentes avec perception d'une masse dure, mobile et très douloureuse.

— La douleur intermittente, la perception d'une masse abdominale chez un sujet jeune, pourraient en imposer pour une *invagination intestinale*. Dans notre observation VII cette hypothèse a été émise, mais le lavement baryté a montré qu'il ne s'agissait pas d'invagination.

— Dans des cas plus rares on a pensé à la *colique néphrétique* et cependant cette maladie a des douleurs plus localisées en arrière et survenant surtout à la fin de la miction.

— Parfois on a même pu penser à la lithiase vésiculaire.

Comme on le voit, le diagnostic clinique est très difficile et dans la presque totalité des cas l'intervention a été entreprise sur une erreur de diagnostic.

VI

PRONOSTIC

La tuberculose ganglionnaire mésentérique aiguë est une affection sérieuse. Mais cependant dans la plupart des cas dont nous avons pu prendre connaissance les malades ont guéri à plus ou moins longue échéance, à la condition toutefois que l'opération se soit bornée à la simple laparotomie exploratrice, sans grandes manœuvres intra-péritonéales.

En effet notre observation II, où le chirurgien dut, pour lever l'agent d'occlusion, sectionner une toute petite bride unissant la masse ganglionnaire au mésentère, nous montre un malade présentant des suites opératoires très sérieuses : vomissements répétés, abondants, acétonémiques, avec pouls déficient. Cependant l'enfant a fini par guérir complètement et une réintervention pratiquée 10 mois plus tard pour une petite éventration au niveau de la cicatrice opératoire a montré la disparition presque complète des ganglions.

Dans l'ensemble le pronostic est donc plutôt favorable comme le montre les observations rapportées ci-dessus.

Il faut cependant songer qu'il s'agit ici de tuberculeux atteints de manifestations peut-être multiples et que toutes réserves doivent être apportées sur l'évolution des lésions tuberculeuses.

VII

TRAITEMENT

Quel traitement convient-il d'opposer à ce syndrome aigu ?

Il est curieux de noter que la plupart des malades ayant subi la laparotomie exploratrice ont vu disparaître aussitôt après l'opération les crises douloureuses et les vomissements. Quant à la température qui était souvent élevée, elle est allée en diminuant progressivement.

De plus, chez les malades qui ont pu être suivis, de nouvelles crises ne se sont pas reproduites. Il est évidemment aussi difficile d'expliquer la disparition du syndrome après simple ouverture du péritoine que d'en expliquer l'apparition brutale.

Cela suffit-il à justifier le traitement des manifestations aiguës de la tuberculose ganglionnaire mésentérique par la laparotomie systématiquement pratiquée

Nous ne le croyons pas, et la plupart des interventions ayant été entreprises sur des erreurs de diagnostic, il est probable que le chirurgien se serait abstenu si le diagnostic réel avait été cliniquement porté.

Mais devant la difficulté du diagnostic clinique entre l'adénopathie mésentérique et des syndromes abdominaux aigus nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence, il sera préférable de faire une laparotomie exploratrice qui fera la preuve.

Dans les deux cas III (M. MALDONADO) et VI (DE LA MARNIÈRE) où le diagnostic probable d'adénopathie mésentérique avait été cliniquement porté, le chirurgien semble avoir partagé notre façon de voir.

Une autre question se pose maintenant. Faut-il enlever l'appendice sain ? Les chirurgiens ont agi diversement. Dans notre observation I le professeur HARDOUÏN a refermé le ventre sans faire l'appendicectomie. D'autres ont enlevé l'appendice et leurs malades ont guéri sans suites sérieuses. Si cependant l'appendice paraît suspect il ne faudrait pas hésiter à en faire l'ablation. Mais s'il paraît sain nous pensons qu'il y a peut-être intérêt à se borner au minimum de manœuvres intrapéritonéales.

Quant à l'extirpation de la masse ganglionnaire elle n'a vraisemblablement jamais été tentée et serait d'ailleurs impossible sans lésions graves des vaisseaux mésentériques.

Quant au curretage des ganglions caséifiés il a parfois été tenté (M. MALDONADO, observation III). Dans le mésentère existait une petite tumeur du volume d'une orange. En la libérant le chirurgien ouvrit une petite cavité d'où s'écoule un pus épais. Il fit un drainage par mèche et drain. Nous pensons que cette façon de faire doit rester limitée à des

cas d'espèce devant le danger de l'infection tuberculeuse du péritoine. Dans le cas particulier c'était une opération de nécessité.

Reste le traitement général de la tuberculose ganglionnaire : repos, héliothérapie, radiothérapie, rayons U.-V., huile de foie de morue, sirop iodotannique, séjour au bord de la mer (Berck, Roscoff, Morgat, Arcachon, etc.).

CONCLUSIONS

La tuberculose ganglionnaire mésentérique est une affection rare, d'évolution essentiellement chronique, mais pouvant donner lieu à titre exceptionnel à des manifestations aiguës.

Cette maladie atteint de préférence les sujets jeunes et surtout les enfants.

La pathogénie des accidents aigus est très mal connue. Leur apparition brutale est aussi difficile à expliquer que leur disparition après la laparotomie exploratrice.

La symptomalogie est bien imprécise et presque tous les cas connus l'ont été à la suite d'une erreur de diagnostic.

Le pronostic est plutôt favorable dans l'ensemble. Il reste d'ailleurs celui de la tuberculose ganglionnaire mésentérique.

Le traitement consiste :

1° Dans la laparotomie exploratrice pour parfaire le diagnostic et éviter de passer à côté d'un syn-

drome abdominal aigu nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence.

2° Le véritable traitement est d'ordre général : repos, cure héliο-marine.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur,
CUNÉO.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
MATHIEU.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- F. AIGROT. — Adénites mésentériques et B. C. G. *Société de chirurgie*, 12 juin 1935.
- BAGG. — *Bruns Beit. Z. Klin. Chir.*, t. 141, fasc. I.
- CORNIOLEY. — *Arch. mal. app. digest. et nutr.*, t. 17, n° 2.
- DE LA MARNIÈRE. — Syndromes aigus de l'abdomen en rapport avec une adénopathie des mésentères et en particulier du mésentère. (*La Presse Médicale*, 1^{er} mai 1937, n° 35; p. 664 et 665.)
- DURON. — Radiothérapie superficielle des adénites et péritonites bacillaires. (*Bulletin Médico-climatique de Cambo*, n° 17, du premier trimestre 1936, p. 36.)
- EBHARDT. — Perforation de l'intestin grêle par tuberculose d'un ganglion mésentérique. (*Zentralbl. f. chir.*, t. LXI, n° 11, 17 mars 1934, p. 618-620.)
- FOLLIASSON (A.) et FAYOLLAT (J.). — Un cas de lymphangite péritonéale aiguë. (*Société nationale de chirurgie*, 3 juillet 1935.)
- GOLDEN (R.) et REEVES (R.-J.). — Significance of calcified abdominal lymph nodes. (*Am. J. Roentgenol.* 22 : 305-317, octobre 1929.)
- GRIMM. — *Beit. f. Klin. chir.*, t. 141, 718.
- HEAD. — *Annals of Surgery*, vol. 83, n° 5.
- HEPBURN. — *Journal of Urology*, t. 2, 285.
- HILL (L.-W.). — Tuberculosis of abdominal lymph nodes (*Clin. North America* 13. 177-181, juillet 1929.)
- HUBRICH. — *Zeitsch. F. chir.*, t. 57, 1896.

- JEANNENEY. — Tuberculose ganglionnaire mésentérique subaiguë à forme chirurgicale. (*Société de chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest*. Séance du 23 juillet 1936. In *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, n° 29, du 20 octobre 1936.)
- KLEPPER et ERKES. — *Med. Klin.*, t. 15, 301.
- S. KLEIN. — La tuberculose isolée des ganglions lymphatiques abdominaux. (*Revue de la tuberculose* n° 8, 340, 350, juin 1927.)
- LE ROY DES BARRES. — Rapport à la Société de chirurgie, octobre 1930.
- LUND. — *Boston Med. and surg.*, t. 167, 918.
- MALDONADO (M.). — Tuberculose ganglionnaire mésentérique. (*In revista de Cirurgia de Barcelona*, an. 6, n° 64, avril 1936, p. 356, 365. *Journal de chirurgie*, t. 49, n° 2, février 1937, p. 287.)
- MASSIAS (Ch.). — Tuberculose ganglionnaire mésentérique subaiguë à forme chirurgicale. (*Société de chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest*, séance du 23 juil. 1936.) In *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, n° 40, du 4 octobre 1936, p. 633-634. In *Bordeaux Chirurgical*, n° 4, octobre 1936.
- MEYER-MAY (J.). — La lymphadénie abdominale. (*Bulletin de Soc. méd. chir. Indochine*, XIII, septembre 1935, n° 7, 874-895.)
- OBERTHUR. — *Société Nationale de Chirurgie*, LVIII, n° 3.
- SOREL. — Rapport à la Société de Chirurgie, nov. 1932.
- TROISIER (Jean), BARIÉTY (M.) et DUGAS (Jacques). — Tuberculose multi-ganglionnaire de l'adulte. Forme abdominale. (*Bulletin et mémoires de la Société de Médecine des Hôpitaux de Paris*, n° 27, 26 octobre 1936; séance du 16 octobre 1936.)

STROMBOCK. — *Act. chirurg. Scandin.* suppl. 20.

VALDONI. — *Archives für klinische chirurgie*, 3 décembre 1932.

WILINSKY et HABON. — *Ann. of Surgery*, vol. 83, n° 6.

WITWORTH. — *The Lancet*, t. 2, 157, 1908.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
I. — Aspect habituel de la tuberculose mésentérique ou carreau	11
II. — Manifestations aiguës de la tuberculose ganglionnaire mésentérique	13
III. — Etude clinique	19
IV. — Etiologie et pathogénie des manifestations aiguës de la tuberculose ganglionnaire mésentérique	29
V. — Diagnostic	31
VI. — Pronostic	35
VII. — Traitement	37
Conclusions	41
Bibliographie	43



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



